FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE 1961 - N° 635

DOCTORAT UNIVERSITAIRE

La parotidectomie totale avec conservation du facial
Technique - Résultats - Indications

THÈSE

présentée à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le 12 juillet 1961
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Mohamed Adel CHAMMAH

né le 13 Octobre 1929
à ALEP (Syrie)

EDITIONS DE L'A. G. E. L
20, Rue François-Garcin — LYON
1961

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550016_0040

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

année 1961 - n°

LA PAROTIDECTOMIE TOTALE AVEC CONSERVATION DU FACIAL

TECHNIQUE - RESULTATS - INDICATIONS

Thèse
présentée

à la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon

et soutenue publiquement le 12 juillet 1961

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Mohamed Adel CHAMMAH

né le 13 octobre 1929

à ALEP (Syrie)

A.G.E.L.
1961

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL de la FACULTE

M.J. LEPINE
Doyen Honoraire

M.H. HERMANN
Doyen correspondant de l'Institut

M.M. LEVRAT ; Assesseur

Professeurs Honoraires

M.M. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

Professeurs

HERMANN	Physiologie
CIBERT	Clinique urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique Biologique
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale
ROCHET	Thérapeutique chirurgicale & chirurgie opératoire
CHAMBON	Chimie organique et Toxicologie
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B
PAUPERT-RAVAULT	Clinique Médicale B
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C
ENSELME	Chimie biologique et médicale
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
GUILLEMINET	Clinique de chirurgie orthopédique & chirurgie infantile
REVOL	Pharmacie galénique et matière médicale
POLLOSSON	Clinique gynécologique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
DUCLOS	Clinique stomatologique
BERNHEIM	Clinique médicale infantile et hygiène du 1er âge
JOURDAN	Biologie médicale et pharmacodynamie
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie et d'audio-phonologie
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie & allergologie

BRUN	Clinique de Pneumo-Phtisiologie
CREYSSEL Jean	Clinique Traumatologique des Membres
DARGENT	Cancérologie
GUICHARD	Anatomie Pathologique
GIRARD Paul	Pathologie Générale et Expérimentale
LATARJET	Anatomie
PEYCELON	Pathologie Chirurgicale
GIRARD Marcel	Thérapeutique
VACHON	Pathologie Médicale
GALY	Physio-Pathologie des Voies Respiratoires
KEHL	Histologie
PAPILLON	Radiologie
JEUNE	Clinique des Maladies Infectieuses
GONIN	Hydrologie thérapeutique, Climatologie et Ecologie Sociale
MONNET	Bactériologie

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

BERGER	Physique nucléaire appliquée à la Médecine
DORCHE	Technologie Pharmaceutique

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

BANSILLON	Obstétrique
ROMAN	Parasitologie
BERTOYE	Bactériologie
CIER J. François	Physiologie
CHATONNET	Physiologie
CIER André	Pharmacie et Pharmacologie
PERROT	Chimie organique et Toxicologie

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

FEROLDI Jacques	Anatomie pathologique
CREYSSEL Roger	Chimie biologique et Médicale
DUROUX Emile	Anatomie
BRETTE René	Thérapeutique
DUMONT Louis	Histologie
THIVOLET Jean	Hygiène
GARIN Jean-Paul	Parasitologie
MORET Robert	Physique
ODDOUX Lucien	Botanique et Cryptogamie

Agrégés en exercice

LECUIRE Jean	chargé d'enseignement	Neuro-chirurgie
MATHIEU Jacques	-	obstétrique
MARION Joseph	-	orthopédie
PONT Maurice	-	Propédeutique médicale
VIGNON Georges	-	Pathologie médicale
REVOL Louis	-	Pathologie médicale
JAUBERT DE BEAUJEU	-	Pathologie chirurgicale
GUILLEMIN Georges	-	Propédeutique chirurgicale
BURTHIAULT René	-	Obstétrique
FRANCOIS René	-	Pédiatrie, puériculture
GUINET Paul	-	Médecine générale
SAUTCT Jean	-	Pathologie chirurgicale
MARION Pierre	-	Chirurgie générale
MICHAUD Pierre	-	Chirurgie générale
GIGNOUX Marcel	-	Oto-Rhino-Laryngologie
FREIDEL Charles	-	Stomatologie
PLAUCHU Marcel	-	Médecine générale
TRAEGER Jules	-	Médecine générale
DEVIC Michel	-	Pathologie médicale
COLIN Marcel	-	Médecine légale
GUYOTAT Jean	-	Neurologie
DUMONT Martial	-	Obstétrique
DURAND Louis	-	Urologie
DE MOURGUES Georges	-	Chirurgie générale
DESPIERRES Charles	-	Médecine générale
FRANCILLON Jacques	-	Chirurgie générale
TOLOT François	-	Médecine du travail
SAUBIER Eugène	-	Chirurgie générale
COLOMB Daniel	-	Dermatologie
SCHOTT Bernard	-	Neurologie, psychiatrie
BONAMOUR Georges	-	Ophtalmologie

Examinateurs de la Thèse :

Président : M. M. DARGENT

Jury : MM. J. PAPILLON
G. BONAMOUR
Ch. FREIDEL

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PERE A MA MERE

A qui je dédie cette thèse en reconnaissance de leurs sacrifices, notamment celui de notre éloignement pendant de nombreuses années, et qui restent pour nous d'une valeur inestimable.

Que ce modeste témoignage de notre affection filiale puisse les récompenser.

A MES FRERES ET SOEURS

Ils n'ont cessé de nous témoigner leur affection et leur encouragement.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre profond attachement à eux et à leurs famille.

A MA FEMME

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. DARGENT

Ce modeste travail n'est que le reflet de ses laborieuses recherches et de sa scien ce.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre respectueuse admiration.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le Professeur J. PAPILLON

Monsieur le Professeur Agrégé G. BONAMOUR

Monsieur le Professeur Agrégé Ch. FREIDEL

Ils ont très aimablement accepté de faire partie de notre jury.

Nous les remercions de l'honneur qu'ils nous ont fait.

A Monsieur le Doyen HERMANN

Toute notre respectueuse reconnaissance pour la compréhension paternelle dont il nous a entouré pendant nos études.

A tous nos Professeurs de Faculté.

Au Docteur A. RINGOT

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon

Chirurgien Chef de l'Hôpital de Thonon-les-Bains

Nous lui devons l'inspiration de cette thèse. Qu'il trouve dans ces lignes toute notre sympathie et notre profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a porté pendant une année de travail en commun

Au Docteur Ch. BOSSON

Au Docteur Ch. XAMBEU

Chirurgiens du centre hospitalier d'Annemasse

Avec notre gratitude pour l'aide bienveillante dans notre formation pratique.

LA PAROTIDECTOMIE TOTALE AVEC CONSERVATION DU FACIAL

TECHNIQUE - RESULTATS - INDICATIONS

Les pathologistes ont montré que les tumeurs dites mixtes de la parotide étaient des épithéliomas remaniés, à évolution très lente mais déjà maligne en puissance. Par, définition et en fait, elles n'ont pas de capsule véritable, à la différence d'une tumeur bénigne et doivent être traitées par une intervention plus large qu'une simple énucléation-résection. D'autre part, certains auteurs comme Delarue pensent qu'il s'agit de lésions à foyers multiples dans le parenchyme glandulaire et que après l'intervention de fausses récidives peuvent apparaître, qui ne sont que la continuation d'évolution d'un de ces foyers.

De ces deux notions est née la justification de la parotidectomie totale. Mais comme on ne peut imaginer qu'une pareille intervention doive comporter le sacrifice définitif du nerf facial, on a essayé de réaliser une parotidectomie comportant la dissection et la conservation du nerf et de ses branches.

C'est à Duval et Redon en France que l'on doit la première description technique d'une parotidectomie de ce type, avec conservation du seul rameau supérieur du nerf.

Depuis 1943, M. Dargent a adopté la technique de conservation intégrale qu'Audoin avait préconisée depuis 1941, dans la thèse de son élève Neveu et que Redon a exposée en 1942.

Si la plupart des auteurs français admettent actuellement le potentiel malin des tumeurs dites mixtes et par conséquent la nécessité de la parotidectomie totale avec conservation du facial, il n'en est pas de même aux U.S.A. où beaucoup sont encore partisans d'exérèses limitées, entraînant avec eux quelques auteurs français comme Weltie ou Chevassu ("Tant qu'on risque de couper le facial pour traiter une tumeur mixte de la parotide, je considèrerais que la chirurgie ainsi faite risque d'être pire que le mal").

C'est pourquoi il nous paraît utile de parler d'une statistique importante, de malades opérés tous par M. Dargent et de discuter la valeur et les résultats que donne la parotidectomie totale avec conservation du facial, permettant ainsi d'éviter les récidives si fréquentes après la néfaste énucléation, avec un minimum de séquelles à condition que cette intervention soit correctement pratiquée.

Nous décrirons, tout d'abord, la technique habituelle de M. Dargent, avec ses variantes adaptées à chaque cas, puis les techniques des différents auteurs.

I - TECHNIQUE HABITUELLE

L'intervention doit être conduite sous anesthésie générale, sauf contre-indication formelle incitant à pratiquer l'anesthésie loco-régionale.

1) L'incision habituelle est une incision assez compliquée qui suit sur sur 4 à 5 cms le bord inférieur du zygoma, descend en face du tragus, puis contourne le bord inférieur du conduit auditif externe jusqu'à la mastoïde. Là, elle se coude brusquement pour descendre sur le bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien jusqu'à la partie moyenne du cou.

Il faut éviter, lorsque cette incision a été pratiquée, de disséquer trop haut le lambeau antéro-supérieur. En effet, le filet inférieur du rameau cervical du facial descend souvent très bas, est attaché au muscle peaucier et l'on risque de le sectionner en disséquant ce lambeau.

L'aponévrose cervicale superficielle est incisée dans la partie inférieure de la plaie opératoire. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien est exposé et écarté en arrière et l'on pratique alors, selon la technique classique, la ligature de la carotide externe, au dessus de la linguale et de la faciale, au contact du muscle digastrique. Ce temps d'hémostase n'est pas indispensable et n'empêche pas complètement les hémorragies dans le parenchyme parotidien mais il les restreint considérablement.

Au cours de son exécution, il est bon de prélever le ou les ganglions qui peuvent exister dans le triangle de Farabeuf et les confier à l'examen histologique.

2) La recherche du tronc du nerf facial est le temps principal de l'intervention. On relève très prudemment la face antérieure du conduit auditif cartilagineux et l'on dénude le bord antérieur de la pointe de la mastoïde. L'artère auriculaire est rencontrée au cours de cette dissection et doit être liée et sectionnée. Le tronc du nerf facial est à environ 2 cms de profondeur. La couleur blanche nacrée est très caractéristique. En le suivant d'arrière en avant, on découvre assez vite son point de bifurcation. C'est au dissecteur que l'on doit suivre ces deux branches en dissociant doucement les lobules parotidiens.

3) La dissection du lobe superficiel est menée lentement d'arrière en avant et peut comporter des temps de ligature et de section de veinules affluents de la veine jugulaire externe, souvent intriquées avec les filets nerveux, selon des dispositifs que M. Dargent a décrits dans un travail d'anatomie topographique en 1946. Ces temps sont parfois très délicats.

Il est importan t de noter que pendant toutes ces manoeuvres, la glande est attirée en avant sans être séparée du lambeau superficiel. On ne doit séparer celui-ci que lorsque les filets nerveux ont été identifiés en profondeur. On risquerait en effet de les sectionner au niveau de leur trajet superficiel, car, lorsqu'ils sont distendus et déplacés par la présence de la tumeur, ils peuvent parvenir très brusquement à la surface.

La dissection des deux filets cervical et temporal s'exécute de la même manière, mais pour le filet temporal il est nécessaire de repérer le plus vite possible l'artère et la veine temporales superficielles et de les sectionner à leur émergence de la parotide. C'est au cours de la dissection de ce filet que l'on rencontre l'anastomose entre le facial et l'auriculo-temporal qu'il faut sacrifier pour ne pas attirer dangereusement la branche du facial.

A la partie médiane, on peut avoir des difficultés du fait d'un dispositif anastomotique à une ou deux branches entre le filet cervical et filet temporal, et à la présence de l'artère transversale de la face. On trouve là souvent, un isthme glandulaire bien constitué qu'il faut sectionner.

Au moment où l'on dégage le bord antérieur de la glande, on identifie le canal de Sténon qu'on lie et qu'on sectionne. Ainsi, le lobe superficiel est entièrement libéré et extirpé.

4) La dissection du lobe profond n'est pas toujours nécessaire. Elle est pratiquée après section de la carotide externe et de la veine communicante intra-parotidienne au contact du digastrique et exécutée de bas en haut en suivant le bord postérieur de la branche montante du maxillaire et en prenant soin de bien dégager le prolongemen t pharyngien de la glande. L'utilisation de l'écarteur spécial de Redon n'a jamais paru nécessaire.

Le temps le plus difficile et le plus hémorragique est la ligature du pédicule vasculo-nerveux rétro-condylien. Si l'artère maxillaire interne est en général facile à isoler, à lier et à sectionner, il n'en est pas de même pour les veines disposées souvent en plexus

complexes. Il est bon d'identifier le tronc du nerf auriculo-temporal et de le lier ou de l'alcooliser avant de le couper.

5) Le comblement de la cavité restante paraît utile, depuis 1953 M. Dargent détache un fragment de muscle sterno-mastoïdien, long d'environ 5 à 6 cms et large de 4 cms en prenant bien soin de ne pas blesser le nerf spinal, et lui laisse un pédicule supérieur. Il est attiré dans la loge parotidienne vide et fixé par quelques points séparés au muscle masséter, cachant ainsi le tronc du nerf facial Ce geste aurait pour but d'éviter l'éphydrose en couvrant le moignon de ce côté ou de l'auriculo-temporal.

6) La plaie est refermée aux agrafes ou aux crins sur un petit drain souple. Les agrafes sont enlevées dès le quatrième jour. Le drain peut être muni d'un dispositif d'aspiration continue pendant les premiers jours pour éviter la constitution d'un hématome.

II - VARIANTES TECHNIQUES

Dans le cas de récidive de tumeur mixte adhérente à la peau, il est nécessaire de réséquer aussi largement que possible la cicatrice cutanée et de la remplacer par une greffe libre appliquée sur le lambeau de muscle sterno-mastoïdien.

L'adhérence au conduit auditif externe cartilagineux peut nécessiter la résection partielle de sa paroi antérieure.

L'existence d'un noyau au contact du canal de Sténon, en avant de la glande, peut nécessiter l'élargissement de l'intervention à toute la longueur du canal de Sténon pour extirper le prolongement antérieur.

La résection partielle du masséter a été rendue nécessaire dans un cas par l'existence de deux noyaux de récidive dans l'épaisseur du muscle.

Enfin, lorsque la tumeur cliniquement bénigne, sans paralysie faciale, s'accompagne d'une adénopathie cervicale de nature maligne, M. Dargent, préconise volontiers l'association de l'évidement ganglionnaire systématique du cou à la parotidectomie conservatrice en un seul bloc. Il l'a ainsi toujours pratiqué secondairement et par principe quand l'examen histologique révélait l'existence d'un carcinome.

1) Variantes dans les incisions (Moser, Lathrop, Jérôme, Hayes, Martin. ..) et dans les voies d'abord de la loge parotidienne : section de la pointe de la mastoïde (Duval, Bailey), résection du rebord postérieur de la branche montante du maxillaire (Leriche) que M. Dargent ne pratique jamais dans les cas autorisant à la conservation du facial.

2) Les variantes les plus nombreuses concernent le traitement du nerf facial. La section temporaire du tronc suivie de suture (Jentzer) paraît risquée et inutile. L'exploration sous anesthésie locale avec contrôle permanent des mouvements de la face (Barrier), la pratique de l'excitation électrique per opératoire (Schulenburg, Levine) ne paraissent pas nécessaires. Certains chirurgiens comme Clarke, Levine, Mc Cune, Rosenauer, State, commencent la dissection par les branches périphériques et en particulier par la branche labio-

mentonnière, au point où elle croise les vaisseaux faciaux ; d'autres, comme Kidd par la recherche de la branche inférieure au contact du ventre postérieur du digastrique. La majorité des chirurgiens dont M. Dargent sont partisans de la recherche première du tronc du nerf. C'est le procédé qui semble le plus simple et le plus sûr, et que la dissection d'avant en arrière est beaucoup plus confuse et incertaine que la dissection d'arrière en avant.

Le traitement d'une section accidentelle du tronc ou d'une branche, doit être la suture immédiate à la soie triple Zéro, par deux points d'affrontement. Dans un cas, M. Dargent a engainé cette suture dans un manchon de veine jugulaire externe prélevé en cours d'intervention. En cas de perte de substance empêchant le rapprochement bout à bout : ce qui, en principe est exceptionnel dans ce genre d'intervention, la greffe immédiate avec une branche du plexus cervical (Conley) peut être proposée. Dans tous les cas la suture est relativement facile et ne tire pas.

III- TECHNIQUES des DIFFERENTS AUTEURS

En même temps que s'établissait la notion d'épithélioma remanié et que l'on s'apercevait que la simple énucléation ne pouvait qu'exposer à la récidive, du fait de l'absence de capsule vraie ou tout au moins en raison de l'envahissement plus ou moins constant de cette capsule et des tissus voisins, la parotidectomie totale avec conservation du facial apparaissait rapidement à tous comme l'intervention de choix ; c'est pourquoi on comprend difficilement l'attitude de Brown et Mc Dowell (6) qui ayant pratiqué la parotidectomie totale conservatrice après recherche du facial, l'ont abandonnée sous prétexte que la tumeur mixte étant toujours superficielle, il serait inutile de s'occuper du facial qui ne risquerait rien dans la profondeur, au cours d'énucléorésection large et très suffisante .

Mais cette attitude reste isolée et la majorité des auteurs à la suite des auteurs français adoptent de plus en plus la parotidectomie avec conservation du facial. Il n'est donc pas étonnant que de multiples techniques aient été publiées au cours de ces dernières années.

Il n'est plus question de faire actuellement la technique de Duval qui sacrifiait systématiquement le facial inférieur. En fait, toutes ces techniques sont assez semblables, certaines même n'en diffèrent que par quelques points de détail alors que d'autres se font avec une incision un peu différente et surtout avec un comportement variable vis à vis du facial. C'est surtout dans ce comportement que résident la majorité des différences de technique.

1) Les différentes voies d'abord : la majorité des auteurs étrangers préconisent l'incision en Y, entourant le lobule de l'oreille et descendant en avant du sterno-cleido-mastoïdien qui permet une meilleure exposition du tronc du facial (Ariel (2), Brown (6), Hayes Martin (58), Pricolo (75) et facilite la dissection du bord antérieur de la parotide (Lathrop).

Moser (63) y associe une incision horizontale parallèle au zygoma et parfois une 2ème incision de décharge parallèle au bord inférieur de la branche montante du maxillaire inférieur.

Redon (78 et 82) utilise son incision en baïonnette et expose le champ opératoire grâce à un écarteur spécial qui a l'inconvénient de luxer la mâchoire et d'entraîner parfois une gêne de la mastication. M. Dargent ne l'a jamais utilisée, trouvant très suffisante l'exposition que donne son incision.

L'incision de Lathrop (48) est verticale devant le tragus et se poursuit en bas au bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien. Quant à l'incision en J de State (97) elle est assez semblable à celle pratiquée par M. Dargent.

Jérôme (42) varie son incision suivant le volume de la tumeur. Elle est linéaire pour une tumeur de petit volume qu'il traite par énucléorésection. Dans tous les autres il fait une parotidectomie avec conservation.

S'il existe 2 petits noyaux, incision en Y
Si la tumeur est volumineuse, incision en Y,
avec incision de déclarge parallèle au zygoma
S'il faut faire un curage ganglion naire il
tranche une incision en λ sur l'incision en Y

Bailey (3) enfin utilise toujours la résection temporaire de la mastoïde préconisée autrefois par Duval.

2) La dissection du facial : c'est là en fait que consiste la différence des divers procédés.

Certains auteurs (Barrier 4) préconisent quelque soit le mode de dissection du facial de faire l'intervention sous anesthésie locale, laissan t la face découverte de façon à pouvoir suivre les contractions des muscles de la face. D'autres préconisent l'excitation électrique de tous les filets suspects en cours de dissection (Redon (82), Schulenburg (92) Levine (50) mais il s'agit là d'artifice technique et en fait avec Byars (10) on peut distinguer trois procédés de parotidectomie avec conservation du facial.

a- On ne recherche pas systématiquement le facial mais en cours de dissection on excite toujours avant de sectionner. Il s'agit là d'un mauvais procédé qui expose malgré tout à la section accidentelle d'une branche nerveuse et plus encore à une parotidectomie insuffisante.

b- Recherche des branches périphériques et dissection d'avant en arrière. C'est là un procédé délicat et difficile exposant à la blessure fréquen te des branches du nerf facial, mais qui par contre évite sûrement la blessure du tronc ; c'est pourquoi il est encore employé par de nombreux auteurs tels que Clarke (13) Levine (50) Mc. Cune (54) Rosenauer (84) State (97).

c- Recherche du tronc du nerf facial et dissection d'arrière en avant. C'est elle qui permet de conserver plus sûrement toutes les branches et de faire la parotidectomie la plus totale, mais elle présente un inconvénient : le risque de blessure du tronc au cours de sa recherche. C'est pourquoi il a été publié de nombreux artifices techniques pour le découvrir, certains utilisent l'excitation électrique. Byars (10) repère la veine faciale en arrière de la glande et l'incise pour exposer 2 cms de veine et trouve le facial immédiatement en avant, en direction du menton parallèlement à la veine. Ferruchio (71) se guide sur les vaisseaux stylo-mastoïdien. En fait lorsqu'on a pris l'habitude de cette chirurgie la recherche du tronc du facial se fait facilement et sans danger comme nous l'avons indiqué. C'est pourquoi cette recherche préalable du tronc du facial a actuellement, en raison de ses grands avantages, la faveur de la plupart des auteurs. (Ariel (2), Lévine (50), Barrier (4), Chalnot (12), Holmberg (38), Riessner (83), Redon (82), Rosenauer (84), Shucksmitts (91).

d- Enfin certains utilisent des procédés mixtes. Kidd (45) recherche la branche cervico-faciale à l'angle de la joue au niveau du ventre postérieur du digastrique et la suit jusqu'au tronc puis repartant d'arrière en avant il suit les branches antérieures à travers la parotide en tunelisant avec un "mosquito-forceps" (Mine moustique).

Rosenauer (84) a dû parfois découvrir le facial à la fois à son origine et à la périphérie et progresser alternativement en avant et en arrière.

3) Les autres variantes sont bien accessoires :

Hayes Martin pense que la ligature de la carotide externe n'est pas toujours nécessaire. Mais elle semble indispensable car elle facilite grandement l'intervention et permet seule l'ablation totale ou le contrôle des ganglions qui ne paraissent pas macroscopiquement envahis, mais qui le sont parfois microscopiquement.

Dans un cas ou cette ligature de la carotide externe n'a pas été pratiquée, il est apparu une récidive ganglionnaire maligne ; il s'agissait d'une tumeur mixte en voie de dégénérescence. Dans un autre cas l'intervention fut particulièrement difficile.

Riessner (83) sectionne l'anastomose du nerf auriculo-temporal avec le facial pour prévenir le syndrome de Frey. Mais il semble que pour éviter ce syndrome il faille mieux laisser intact l'auriculo-temporal ou s'il a été blessé alcooliser son moignon.

Lengo (52) préconise en cas de sacrifice du facial inférieur la myoplastie immédiate du digastrique selon la technique de Cadenat.

Duplessis (26) utilise toujours la radiothérapie pré-opératoire pour éviter les récidives et épaissir la capsule ce qui faciliterait l'opération .

IV- PLACE DE L'INTERVENTION ET ETUDE STATISTIQUE

Nous rapportons ici l'étude statistique des observations de M. Dargent. Il s'agit donc de malades opérés par le même chirurgien, avec la même technique tant en clientèle privée qu'au centre anticancéreux de Lyon. Depuis février 1938 (date de sa première parotidectomie avec conservation du facial) jusqu'en 1960.

Cette statistique est appuyée sur 121 parotidectomies totales avec conservation du facial dont :

28 parotidectomies pour récidive après énucléation
93 parotidectomies totales pour tumeur primitive.

Il faut noter tout d'abord qu'il n'y a pas de parotidectomie vraiment totale, comme il n'y a pas de thyroïdectomie totale, cependant il est infiniment préférable d'enlever aussi le lobe profond, et c'est ce que M. Dargent fait dans la très grande majorité des cas. Néanmoins 14 fois le lobe profond fut laisser en place, soit en raison de l'état du malade, soit en raison de difficulté technique entraînant des risques pour le facial, alors que la tumeur siégeait exclusivement dans le lobe superficiel et de caractère bénigne, et nous relevons ainsi : 9 cas dont : 4 tumeurs mixtes, 2 fibrolipomes, 2 kystes, un lymphome ; soit en fin en raison d'une dissection hémorragique la tumeur superficielle paraissant bénigne, mais l'histologie révéla qu'il s'agissait de 3 cancers vrais et d'un sarcome, ces malades furent soumis au traitement radiothérapique complémentaire. 13 de ces malades ont eu un résultat excellent, le 14ème est décédé un an après son intervention en raison de son état cardiaque.

- Côté de l'intervention

59 à droite
61 à gauche
1 bilatérale

On voit tout de suite que le côté ne joue aucun rôle, la répartition étant presque la même à droite qu'à gauche.

- Age et sexe

La proportion des femmes est nettement plus importante que celle des hommes.

Sur 121 parotidectomies totales avec conservation du facial, on trouve 70 femmes pour 51 hommes. D'autre part, elles se font opérer à un âge plus avancé.

La plus grande fréquence se trouve entre 40 et 60 ans (40 à 50 ans pour les hommes, 50 à 60 ans pour les femmes).

- Durée d'évolution avant le traitement

De nombreux malades ne sont venus consulter que tardivement soit parce que la tumeur était petite, soit en raison de l'absence de douleur. Cette durée varie en général de 1 à 6 ans, et les malades qui viennent beaucoup plus tardivement sont surtout les femmes, peut-être par crainte de l'opération, plus sûrement par crainte des troubles esthétiques.

A- 28 Parotidectomies pour récidive après énucléation,

- 2 malades eurent 3 énucléations successives à 5 et 10 ans d'intervalles.
- 4 malades subirent 2 énucléations à un intervalle variable de 1 à 20 ans.
- 22 malades n'ont eu qu'une énucléation avant de consulter, celle-ci avait été faite de 1 mois à 20 ans auparavant.
- C'est essentiellement la récidive qui amène les malades, récidive augmentant souvent rapidement de volume, et parfois douloureuse.
- Une fois le malade est amené par l'apparition d'une fistule au niveau de la cicatrice, et 3 fois les chirurgiens jugeant leur intervention insuffisante devant l'aspect malin (confirmé par l'histologie) ont envoyé immédiatement le malade pour faire une parotidectomie totale, dans un de ces cas le tronc du facial avait été complètement sectionné et lors de la parotidectomie totale le facial fut suturé mais le malade garde une paralysie définitive..
- 6 fois la cicatrice était adhérente à la récidive et contenait des nodules tumeraux.
- Une fois il existait des adénopathies non envahies et la tumeur était une tumeur mixte.

On peut déjà remarquer les mauvais résultats de l'énucléation, qui fait courir contrairement à la croyance générale de

grandsdangerspour le facial, d'autre part la récidive qui est presque toujours inévitable rend l'intervention pour parotidectomie totale beaucoup plus difficile, enfin dans ce cas le pronostic de la parotidectomie totale est moins bon, car elle a été faite sur une récidive dégénérée, ou faite d'emblée elle empêche à la fois récidive et dégénérescence.

Comme nous allons voir plus loin au tableau des résultats d'ensemble, 2 tumeurs mixtes ont récidivé dans cette statistique après parotidectomie totale, faite elle même pour récidive de tumeur mixte après énucléation.

. la première tumeur mixte avait récidivé à la 2ème année de son énucléation.

. la deuxième tumeur mixte avait subi plusieurs énucléations avant la parotidectomie totale.

B- 93 cas de parotidectomie totale avec conservation du VII pour tumeur primitive :

1) Les symptômes amenant le malade à consulter

En général c'est l'augmentation récente et importante du volume de la tumeur, plus rarement ça sera la découverte de la tumeur, ou l'apparition de légères douleurs rebelles aux traitements symptomatiques, parfois une paresie faciale ou une adénopathie.

2) Les antécédents n'ont rien de particulier :

- 14 malades avaient subi une ou plusieurs années avant une intervention de chirurgie générale (hystérectomie prostate, appendicectomie, cholecystectomie, cure d'hernie).

- 1 malade avait un kyste sebacé retroauriculaire quelques années avant l'apparition de sa tumeur parotidienne.

- Enfin 39 malades avaient eu une ou plusieurs affections médicales aussi banales que variées (pleurésie, otite, scarlatine, polynévrite, phlébite, syphilis, ictus apoplectique, artérite oblitérante).

- Une fois il y avait eu traumatisme de la région parotidienne.

- Dans un cas on note des ganglions tuberculeux et une lithiase salivaire ancienne du même côté.

3) Volume de la tumeur :

Le volume n'a aucun rapport avec la nature histologique de la tumeur, les tumeurs malignes sont aussi bien petites que volumineuses.

Notons cependant que la plus petite tumeur de ces 121 cas était une tumeur mixte (grosse comme une noisette) et que la plus grosse était un fibrolipome (volume d'une orange).

4) Examen clinique de la tumeur :

L'induration cartilagineuse est caractéristique de la tumeur mixte. L'aspect pseudo-kystique peut faire poser le diagnostic d'adénolymphomeskystiques.

Cepen dant les épithéliomas vrais, les cylindromes, les fibromes peuvent être aussi durs. Si bien que cette dureté ligneuse si elle oriente le diagnostic vis à vis de la tumeur elle ne peut l'affirmer.

Enfin la tumeur peut être renitente, kystique ou mollasse, bien limitée ou multilobée.

Quant à sa situation, elle est le plus souvent superficielle (dans cette statistique on ne relève que 6 tumeurs du lobe profond) non adhérante à la peau, sauf en dehors des interventions itératives.

- En général la tumeur est mobile, sauf si elle est enclavée entre mastoïde et branche montante du maxillaire (3 tumeurs mixtes, 2 épithéliomas vrais).

Ainsi l'examen clinique de ces tumeurs est fort imprécis, ni la dureté ou la mollesse de la tumeur, ni son siège, ni sa mobilité ne sont caractéristiques. Redon (82) a bien insisté sur la fixité de certaines tumeurs mixtes du fait de leur enclavement ou de leur adhérance en certains points.

Dire que c'est la grande habitude qui permet d'après les différents aspects de la tumeur d'avoir à "bout de doigt" le diagnostic avec peu de chance d'erreur, est vrai. Cependant il est insuffisant de baser un diagnostic sur la simple habitude, aussi les symptômes associés et différents examens ont leur valeur.

5) Valeur des adénopathies associées :

5 fois l'examen clinique montrait des adénopathies associées.

Il est difficile d'admettre ou d'affirmer si une tumeur est maligne d'après la simple constatation d'une adénopathie, mais il est toujours nécessaire d'associer un curage ganglionnaire, en cas de tumeur maligne ou même suspecte de malignité. La biopsie ganglionnaire, geste simple et bénin permet très souvent un diagnostic exact.

M. Dargent enlève (toujours, même s'il n'y a pas des adénopathies cliniquement décelables) les ganglions carotidiens dans le temps de ligature de la carotide externe, même en cas de tumeur mixte.

Insistons cependant sur la difficulté du diagnostic histologique, dans un cas ou le ganglion paraissait cliniquement malin , aussi ce diagnostic fut confirmé par l'ultropack peropératoire, l'examen histologique de la Pièce a répondu inflammation banale, pourtant faite par un histologiste qui a grande habitude des lésions parotidiennes.

La récidive maligne est venue confirmer le diagnostic et montrait l'erreur histologique.

6) Valeur de la sialographie

Thèse de Takizawa (99).

Duclos et Dumas en ont précisé la technique (23-25). La sialographie n'est caractéristique que dans le cas de tuberculose parotidienne nodulaire, avec l'existence de lacunes intra-tumorales ou elle donne des images typiques, et dans le cas d'épithélioma glandulaire avec amputation d'un canalicule salivaire.

Le refoulement et la déformation du réseau canaliculaire n'est pas pathognomonique et s'observe aussi bien dans la tumeur mixte que dans les neurinomes ou même les adénopathies intra-parotidiennes.

C'est donc un examen de grande valeur lorsqu'elle donne des images typiques, mais malheureusement il s'agit d'une éventualité rare.

7) Valeur de la biopsie

- Dans un cas elle répondit épithélioma spino-cellulaire, devant une tumeur mixte.

- dans un 2ème cas où il s'agissait d'une ponction-biopsie, la réponse fut épithélioma glandulaire, alors qu'il s'agissait d'une banale tumeur mixte, qui a immédiatement augmenté de volume.

Cette méthode fort infidèle, et qui par ailleurs semble être dangereuse pour le facial quand elle est faite assez profondément, n'est jamais faitepar M. Dargent.

Quant à la cytologie du liquide prélevé à l'orifice du canal de Stenon, elle n'est pas toujours positive en cas d'épithélioma.

8) Valeur de la paralysie faciale

Sans discuter de la valeur de la paralysie faciale vraie totale qui est considérée comme un test de malignité de la tumeur. Il semble qu'un e parésie faciale discrète ne puisse pas faire seule le diagnostic de tumeur maligne, par contre malgré elle le diagnostic de tumeur bénigne peut se poser si l'ensemble des signes cliniques sont en faveur de ce diagnostic.

Dans un cas le diagnostic de lipome fut posé et l'examen histologique l'avait confirmé. Par contre un diagnostic de kyste s'est avéré faux, il s'agissait d'une noevocarcinome mélanique ganglionnaire parotidien, métastase d'une tumeur mélanique du cuir chevelu.

9) Conclusion de l'étude diagnostique

Ainsi on voit la difficulté d'un diagnostic exact en face d'une tumeur parotidienne. Aucun symptome n'est vraiment fidèle, la dureté ne se voit pas que dans les tumeurs mixtes. La sialographie donne souvent des images difficilement interprétables, une parésie faciale légère n'est pas obligatoirement l'indice d'une tumeur maligne, la biopsie est dangereuse et infidèle, de même que le forage biopsique de Redon.

Mais pour un chirurgien habitué à cette pathologie, l'ensemble des différents symptomes arrive à créer un faisceau de preuves suffisantespour faire le diagnostic exact dans la plupart des cas, cependant l'erreur demeure assez fréquente.

De toutes façons devant un diagnostic hésitant il ne faut surtout pas se contenter d'une énucléation, se réservant de faire une parotidectomie dans un 2ème temps, c'est là une conduite néfaste et incompréhensible, qui expose à la blessure du nerf facial et à la récidive, nécessitant une intervention complexe.

V- LESIONS ANATOMIQUES

1- Etude macroscopique

a- Dans la plus grande majorité des cas des tumeurs primitives, la tumeur siégeait dans le lobe superficiel, par contre sa situation par rapport au nerf facial est variable et conditionne la plus ou moins grande difficulté opératoire.

. Elle peut être tout entière en avant du facial ce qui est le plus fréquent, mais même dans ce cas il lui arrive de pousser des prolongements entre les mailles du nerf facial, ce qui fait que la dissection de ce nerf n'est jamais facile.

. Elle peut être en arrière du nerf, ce qui rend très difficile l'ablation de la tumeur et nécessite souvent son morcellement.

. Enfin elle peut être et en avant et en arrière du facial, cas rare mais très complexe.

. Généralement la tumeur est unilobulée mais plusieurs cas de tumeur multilobulée ont été rencontrés.

. Les noyaux multiples signalés par Redon et Delarue dans les tumeurs mixtes, s'il en existe de façon indiscutable dans les tumeurs malignes. Aucune observation de tumeur mixte ou de tumeur bénigne recueillie chez M. Dargent ne les signale de façon certaine.

Dans deux cas de tumeur mixte du lobe superficiel, macroscopiquement il semblait exister un noyau suspect, une fois en un autre point du lobe superficiel, l'autre fois dans le lobe profond, mais l'histologie ne les a pas confirmé.

Il semble donc qu'il n'y ait pas de tumeur mixte à noyaux multiples, mais qu'il s'agisse en fait de tumeur multilobulée. Quant à la prétendue capsule elle n'a été rencontrée qu'une seule fois de façon nette.

b- Dand les 28 cas de tumeurs traitées pour récidive après énucléation : le siège des lésions est très superficiel, mais la suppuration et l'infection sont fréquentes, de même que l'adhérence et les noyaux de récidive à la cicatrice.

2- Etude histologique

Voici résumé dans un tableau la répartition des lésions sur 121 cas de Parotidectomie totale :

TABLEAU I

Répartition des lésions sur 121 cas

Types histologiques	tumeurs primitives 93	Récidive d'une tumeur opérée 28	TOTAL 121
tumeurs mixtes vraies	39	15	54
tumeurs mixtes évolutives	3		3
Cylindrômes purs	5	2	7
Carcinomes glandulaires	8	3	
Carcinomes papillaires		1	
Carcinomes anaplasiques	5 (17)	(7)	24
Carcinomes métaplasiques	4	2	
Carcinomes à évolution cylindrique		1	
Sarcomes lymphoblastiques	2		2
Adénopathie mélanique	1		1
Neurinome	2		2
Kystes	4		4
Fibrômes et lipômes	3	1	4
Cystadéno-lymphomes	4	2	6
Hémangiomes	2		2
Hémolymphangiomes	1		1
Tuberculose nodulaire	1		1
Adénopathie tuberculeuse	1		1
Maladie de Besnier-Boeck	3		3
Tumeurs inflammatoires	5	1	6

L'expérience de 121 parotidectomies totales conservatrices a révélé, pour des lésions cliniquement limitées, les lésions histologiques suivantes.

Si le nombre des tumeurs mixtes est important, celui des épithéliomas confirmés l'est également, dont la plupart sont probablement des tumeurs mixtes dégénérées. M. Dargent, estime qu'il existait quelques types de lésions où la dispersion des éléments épithéliaux de la tumeur mixte était telle dans le stroma que l'on pouvait considérer celle-ci comme étant en phase évolutive, passant de l'épithélioma dit "remanié" au "carcinome" d'où la rubrique "tumeur mixte évolutive".

Les deux neurinomes étaient appendues au tronc du nerf facial et du type II et III d'Anthony.

Cet inventaire des lésions, établi par le même chirurgien, montre que les erreurs de diagnostic ne sont pas exceptionnelles puisqu'on trouve une adénopathie intraparotidienne mélanique satellite d'un petit naevo-carcinome du cuir chevelu qui avait passé inaperçu, une adénopathie tuberculeuse et qu'il arrive d'extirper - toujours laborieusement - des lédions de tuberculose nodulaire primitive de la parotide ou même de maladie de Besnier Boeck Schaumann.

La parotidectomie totale ou partielle avec conservation du facial, fondée sur la notion d'épithélioma remanié pour la tumeur mixte conduit donc à opérer des lésions tout à fait différentes et même des cancers authentiques.

VI - RESULTATS

A - Mortalité

Il n'y a pas de mortalité opératoire bien que dans l'étude de ces 121 parotidectomies, il y ait 4 malades ayant des troubles cardio-vasculaires graves (coronarite, ictus ancien), et 3 âgés de plus de 71 ans.

B - Résultats sur le plan carcinologique

Il est très important de distinguer deux groupes de résultats :

1) Résultats des parotidectomies totales pour récidive d'une tumeur préalablement énuclée :

Sur 28 cas on relève :

- 2 morts par maladie intercurrente à la cinquième et à la sixième année (1 tumeur mixte, 1 carcinome glandulaire).
- 1 mort par cancer de l'estomac à la 3ème année (1 tumeur mixte)

Dans aucun de ces trois cas il n'existait de récidive.

- 14 malades ont eu un résultat parfait sans récidive après des délais variant de un à quinze ans (8 tumeurs mixtes, 3 tumeurs bénignes, 2 carcinomes glandulaires (4 et 6 ans) et un épithélioma à évolution cylindromateuse (9 ans). Les deux cas d'épithélioma glandulaire avaient été soumis à un évidement glanglionnaire de principe.

- 6 ont présenté de trois à douze ans après une récidive :
  - . 2 cylindromes : récidive locale à la quatrième et douzième année.
  - . 1 tumeur mixte : récidive locale à la deuxième année, de même type.
  - . 2 tumeurs épithéliomateuses papillaires : récidives d'une tumeur mixte énuclée un an et deux ans avant : récidive locale à la troisième année, de même type, dans les deux cas.
  - . 1 tumeur mixte : récidive elle même d'une tumeur mixte opérée plusieurs fois en trente ans : récidive épithéliomateuse et glandulaire après un an.

- 5 malades ont été perdus de vue après avoir été suivis de deux à sept ans (3 tumeurs mixtes, 1 tumeur bénigne, 1 carcinome glandulaire suivi pendant six ans).

On constate donc que sur 28 parotidectomies pour récidive, on relève au moins 6 et peut être 11 récidives locales (comptant les cas perdus de vue tardivement).

2) Résultats des parotidectomies totales pour tumeur primitive, encore non traitées :

Sur 93 cas on relève :

- 2 morts par maladie intercurrente (un cystadénolymphome, mort de cardiopathie, une tumeur mixte : mort de méningite tuberculeuse probable).
- 9 cas de récidive :
  . 3 ont été traités et sont guéris de 1 à 7 ans après le traitement de la récidive.
  Dans un seul cas, il s'agit d'une récidive locale, dans les deux autres de récidives ganglionnaires.
  Ces trois observations concernent des carcinomes glandulaires ou métaplasiques
  . 6 ont entraîné la mort :
  Pour un sarcome lymphoblastique et pour une tumeur mélanique métastatique, la mort est due à des métastases pulmonaires. Il n'y a pas eu de récidive locale.
  Pour les 4 carcinomes, la mort est due à des métastases pulmonaires, ou à un envahissement cranien. Dans deux cas sur quatre, il y avait une récidive locale diffuse (un épithélioma anaplasique, un épithélioma glandulaire).
- 75 guérisons sans récidive dans des délais de un à quinze ans. Elles concernent :
  . 39 tumeurs mixtes (dont 26 opérés il y a plus de cinq ans). Dans un cas, la malade a été opérée d'un cancer du sein cinq ans après et demeure guérie.
  . 5 cylindromes (dont trois opérés il y a plus de cinq ans).
  . 11 carcinomes (dont cinq opérés il y a plus de cinq ans).
  . 26 tumeurs bénignes (dont deux carcinomes opérés depuis un an et huit ans.
- 7 malades ont été perdus de vue (2 tumeurs mixtes et 5 tumeurs bénignes pour lesquelles la surveillance n'a pas toujours été très stricte).

		Nombre de cas	guéris sans récidive (1 à 15 ans)	morts d'af. int.	récidives de 1 à 12 ans	perdus de vue
Parotidectomies pour récidives = 28	tumeurs mixtes	15	8	2 dont 1kc de l'esto. mac	2(1+) dont 1 épithél.	3
	Cylindromes	2	0	0	2	0
	T. carcinomateuses	7	3	1	2	1
	T. bénignes	4	3	0	0	1
		28	14	3	6	5
Parotidectomies pour T. primitive = 93	tumeurs mixtes	42	39	1	0	2
	cylindromes	5	5	0	0	0
	T. carcinomateuses	17	11	0	9(6+)	0
	Sarcomes et Ad. malignes	3				
	T. bénignes ou inflam.	26	20	1	0	5
		93	75	2	9	7

TABLEAU II

Résultats d'ensemble

C- Résultats sur le Plan Fonctionnel

Les troubles fonctionnels sont très rares en dehors de la paralysie faciale et du syndrome de Frey.

Etude de la paralysie faciale post-opératoire.

90 opérés ont pu être suivis assez longtemps pour pouvoir apprécier l'évolution de la paralysie post-opératoire.

a) Evolution des plaies opératoires du nerf :

Dans un cas, le tronc du nerf facial avait été sectionné au cours d'une tentative d'énucléation faite trois mois avant.

Lors de la parotidectomie pour récidive, ou mieux pour continuation d'évolution , une suture fut pratiquée. Le malade est guéri depuis 9 ans, mais garde sa paralysie.

Dans 12 cas, il y eut une section accidentelle d'un filet ou nerf (jamais du tronc) :

Pour l'un il s'agissait d'un filet moyen né d'une anastomose entre filet temporal et cervical. Il n'y eut pas de suture et aucun déficit ne fut constaté.

Pour les 11 autres, il y eut une tentative de suture immédiate dans 4 cas, il persiste au bout de deux à neuf ans une parésie discrète de la musculature frontale ou labiale supérieure ; dans les 7 autres, la récupération motrice complète a été obtenue dans des délais variant de deux mois à sept ans. Il s'agissait 4 fois d'une branche du facial inférieur, 2 fois du rameau buccal et une fois d'une anastomose temporo-buccale.

b) Evolution d'ensemble de la paralysie post-opératoire :

- 19 opérés n'ont eu aucune paralysie post-opératoire. Dans 7 cas la parotidectomie n'avait concerné que le lobe superficiel.
- les 102 autres ont eu une paralysie immédiate ou précoce (au 2ème ou 3ème jour), pratiquement toujours totale mais plus ou moins rapidement régressive et localisée à un territoire.
- 74 ont été revus en excellent état un an ou plus après leur intervention et n'ont pas pu être tous suivis assez minutieusement au cours de cette année pour que l'on puisse savoir au bout de combien de temps la récupération a commencé à se manifester dans tous les cas.

- 11 gardent une parésie temporaire ou un état spastique localisé.
Par contre, sur 42 observations où l'évolution de la paralysie a été suivie de très près, elle peut être ainsi schématisée :

TABLEAU III

Début de régression de la paralysie faciale

Durée d'évolution de la paralysie complète du	1er mois	2e mois	3e mois	4e mois	5e mois	6e mois	7e mois	9e mois	10e mois	12e mois	24e mois
Rameau Frontal	1	1	5	-	-	-	-	-	-	1	-
Facial supérieur	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Facial inférieur	3	2	3	-	2	-	-	-	-	2	1
Lèvre inférieure	-	-	1	-	-	1	1	1	3	2	-
Non précisée	5	-	-	2	-	1	-	-	-	1	-

Les deux tiers des malades avaient commencé à récupérer au bout de six mois, ce qui explique qu'il n'est pas utile de proposer systématiquement la blépharorraphie. Quand cette paralysie semble s'attarder, il n'y a pas lieu de s'inquiéter puisqu'un lot assez important d'opérés commence à récupérer au bout d'un an.

Dans 3 cas, la récupération a été spéctaculairement accélérée par l'infiltration cocaïnique du ganglion cervical supérieur.

Les délais de récupération "ad integrum" sont plus longs.

La comparaison des deux tableaux montre qu'entre la date des premiers signes de récupération et la restitution "ad integrum", il put exister de longs délais. Aucun malade ne garde de paralysie faciale mais 11 gardent une paralysie partielle ou un état spastique exaspéré par le froid et les émotions.

Aucun cas de section d'une branche principale (les sections du tronc n'ayant jamais été observées) n'a été suivi de récupération "ad integrum" comme dans la célèbre observation de Hayes Martin (59) (1958) à propos de laquelle il prétend que dans 28,5% des sections non reparées, la 5e paire crânienne peut assurer les fonctions de suppléance.

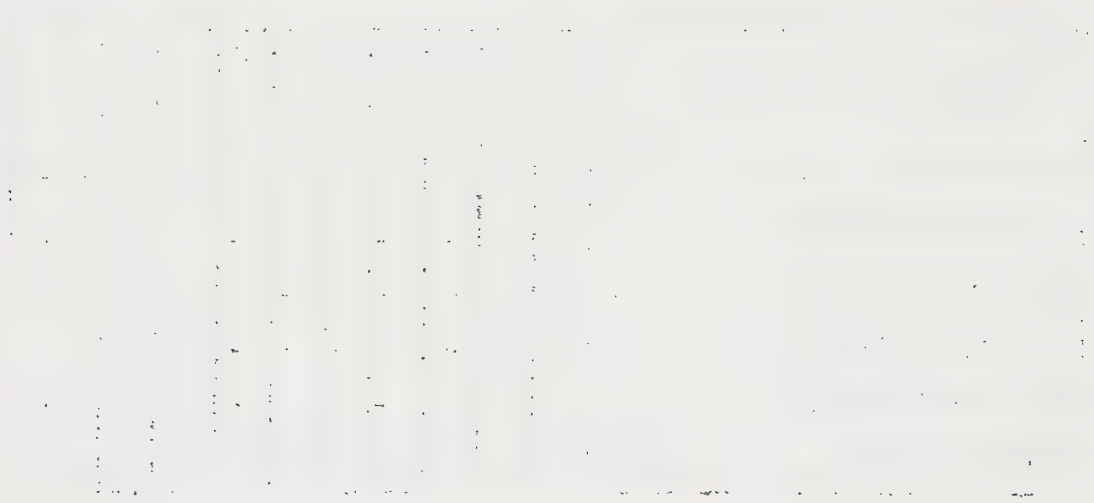


TABLEAU IV

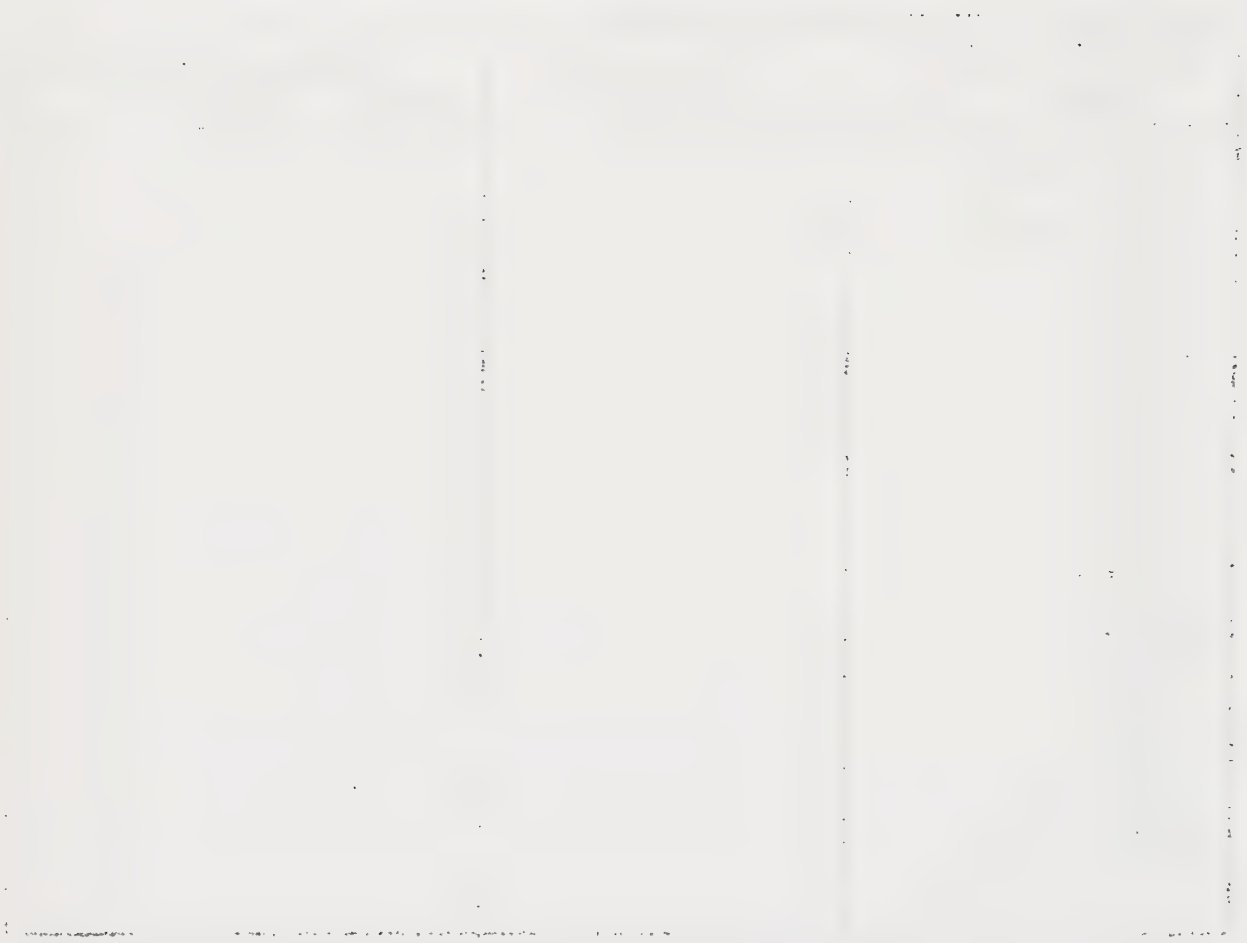
Date de récupération "ad integrum"

Durée d'évolution jusqu'à	Récupération complète 74	Parésie ou état spastique séquel. Définitif 11
Non précisée	4	
4 jours	6	
15 jours	2	
1 mois	2	
2 mois	1	
3 mois	3	
4 mois	5	
5 mois	11	
6 mois	11	
7 mois	1	
8 mois	2	
10 mois	5	
12 mois	6	3
18 mois	2	1
2 ans	6	1
3 ans	2	
4 ans	3	1
5 ans	1	2
6 ans		1
7 ans	1	2

Avant de terminer l'étude sur la paralysie faciale post-opératoire, on pourrait bien se demander si la cortisone n'augmenterait pas la rapidité de la récupération, comme elle le fait dans la paralysie du VII à frigore.

En conclusion la parotidectomie totale répond bien à ce qu'on lui demande : la conservation du facial. Dans un nombre appréciable de cas il n'y a pas de paralysie post-opératoire, ou celle-ci récupère le jour même, dans la majorité des cas cependant la récupération demande plusieurs mois, voir parfois plusieurs années.

Il ne semble pas que la nature de la tumeur influe sur la rapidité de récupération, par contre les récupérations lentes à démarrer, correspondent aux interventions laborieuses.



Enfin les paresies localisées séquellaires sont pratiquement négligeables, peu nombreuses et ne gênent pratiquement pas le malade.

Etude du syndrome de Frey

Du point de vue de l'éphydrose post-opératoire, connue sous le nom de syndrome de Frey. Sur 107 malades suivis jusqu'en juillet 1960 nous en relevons 31 cas, dont les délais d'apparition sont les suivants :

1 mois	1
6 mois	6
1 ans	13
2 ans	4
3 ans	1
4 ans	2
6 ans	1
7 ans	1
non précisée	2

Ainsi la date d'apparition est variable allant de 1 mois à 7 ans après l'intervention, mais la plus grande fréquence se trouve dans la première année (13 cas) .

Aucune explication pathogénique exacte de ce syndrome n'a encore été fournie.

- la relation avec la mastication paraît généralement évidente, apparaissant suivant les cas à tous les repas ou de façon élective au seul repas du midi ou du soir, ou encore de façon intermittante.

- Dans un cas l'exposition au froid semblait être responsable du déclenchement du syndrome.

- Dans un autre il est apparu après un choc émotif violent (mort du conjoint).

- Par contre la nature de la tumeur ne joue aucun rôle.

L'affection est assez pénible au début puis s'atténue en général à la longue, pour disparaître parfois même sans cause. C'est ainsi sur 31 cas :

. 10 fois la guérison survint
8 fois spontanément après une évolution dégressive de 1 à 5 ans.

2 fois à la suite d'une affection intercurrente (1 zona et 1 cancer du sein traité par opération de Halsted).

- Dans les 21 autres cas persistant, l'affection est en général très atténuée actuellement (cependant on note un seul cas ou elle est permanente et importante), le plus souvent intermittente ne survenant que quelques jours par mois où à l'occasion de grands chocs émotifs.

Dans ces 21 cas, 3 fois elle fut trouvée associée à une paralysie faciale partielle persistante, une fois associée à un tic de la face, dans le reste elle est isolée.

De l'avis de la plupart des auteurs ce syndrome est attribué au traumatisme du nerf auriculo-temporal.

Auparavant plusieurs essais pour prévenir le syndrome ont été faitspar :

- section du nerf auriculo-temporal, puis par
- section de son anastomose avec le facial
- puis par l'alcoolisation du nerf auriculo-temporal

mais actuellement la meilleure prophylaxie du syndrome de Frey semble être au contraire, de ménager le nerf auriculo-temporal, et surtout le comblement de la région parotidienne.

Depuis 1953 M. Dargent restreint les indications de résection complète du lobe profond, en ménageant le nerf ; il pratique la ligature ou l'alcoolisation de ce tronc quand il faut le couper, enfin le comblement de la région parotidienne avec un lambeau musculaire de sterno-cleido-mastoïdien , mettant ainsi le moignon auriculo-temporal à l'abri.

- Avant 1953 : pour 49 cas, on l'observe 20 fois : 40,8 %
- Depuis 1953 : pour 58 cas, on l'observe 9 fois : 15,5 %

Même en admettant encore quelques rares formes tardives, on doit considérer qu'il y a une amélioration et que le syndrome de Frey est moins fréquent.

Ainsi la crainte de l'éphydrose post-opératoire ne doit pas faire repousser la parotidectomie totale avec conservation du facial car :

- d'une part elle peut se voir après simple énucléation

- d'autre part nous avons vu qu'elle s'atténue à la longue, pour disparaître parfois, n'entraînant qu'une gêne minime pour le malade.
- Enfin il est possible de l'éviter grâce à une myoplastie du sterno-cléido-mastoïdien , ou à la manière de Redon : par le comblement de la cavité par un lambeau graisseux.

Autres séquelles

- Aucune arthrose temporo-maxillaire ou même de simple gêne à la mastication signalée par certains auteurs n'a été rencontrée. Probablement parce que M. Dargent n'emploie aucun écarteur forçant sur le maxillaire.
- 2 fistules salivaires tran sitoires (fermées spontanément en 3 semaines à 1 mois) ont été rencontrées, mais jamais de fistule définitive.
- Par contre dans 6 cas où la paralysie faciale post-opératoire a complètement régressé , il persiste :
  - . 3 fois un tic très disgracieux (2 fois total, une fois localisé au facial inférieur).
  - . Une glossite assez gênante
  - . Une énophtalmie minime
  - . Une sensation de bouche séche.
- Enfin deux malades ont présenté des signes d'arthrose douloureux de la colonne cervicale, et deux un état temporaire de surdité.

VII - VALEUR ET INDICATIONS DE LA PAROTIDECTOMIE TOTALE AVEC CONSERVATION DU FACIAL

Après l'étude des résultats de ces 121 parotidectomies totales, on peut donner à cette intervention sa juste place, et poser ses indications :

1) En se rapportant aux tableaux I et II. On voit que cette intervention a été excessive pour les 26 tumeurs bénignes ou inflammatoires primitives, pourtant pour des raisons techniques elle était la seule opération possible pour : les 2 neurimomes du facial
les 2 hemangiomes et l'hemo-lymphangiome

2) Par contre elle était insuffisante pour les tumeurs à haute malignité, ainsi dans les 24 cas de carcinomes parotidiens (dont 17 tumeurs primitives et 7 tumeurs récidivées après énucléation) opérés par parotidectomie associée à l'évidement ganglionnaire cervical contemporain ou secondaire et à la radiothérapie, nous trouvons 8 récidives dont :
2 récidives pour les 7 tumeurs de seconde main
et 6 récidives pour les 17 tumeurs primitives, les 11 restant ont guéri sans récidive et ont plus de 5 ans de recul.

Ces récidives apparues malgré la radiothérapie complémentaire auraient peut être pu être évitées, si le facial avait été systématiquement sacrifié.

3) Elle a été surtout appliquée à des tumeurs à malignité atténuée : épithélioma remanié à type "tumeur mixte" et cylindromes (64 cas de notre statistique).
Et ici deux constatations sont à faire :

a- Les deux cylindromes et deux tumeurs mixtes sur 15 opérées pour récidive après énucléation ont récidivé . Dans un cas même (M. Dargent) la récidive de tumeur mixte après parotidectomie totale était à type carcinomateux avec métastase ganglionnaire.

Donc 4 fois sur 17 tumeurs opérées pour récidive la parotidectomie totale n'a pas empêché une nouvelle récidive.

b- Par contre sur 47 cas (42 tumeurs mixtes et 5 cylindromes) où cette intervention a été faite de "première main" et même lorsqu'elle n'a intéressé que le lobe atteint, et en particulier le lobe superficiel aucune récidive n'a encore jamais été constatée.

C'est précisément dans le traitement de ces tumeurs mixtes que réside la grande valeur et l'indication de choix de la parotidectomie totale avec conservation du facial.

Les tumeurs mixtes considérées comme des tumeurs malignes en puissance trouvent leur malignité exhaltée par un traumatisme opératoire incomplet, et c'est ce que fait l'énucléation , intervention limitée qui n'a pour but que d'enlever la lésion, permettant ainsi de donner à la tumeur un potentiel évolutif et surtout à la région parotidienne toute entière y compris plans cutanés et musculaires,alors qu'une intervention aussi large que possible qu'est la parotidectomie totale réalise deux effets heureux :

- elle préserve le malade des récidives et lui fait
- éviter de nouvelles interventions

de ce fait même le malade est mis définitivement à l'abri d'un cancer parotidien à évolution fatale .

VIII - CONCLUSION

Si le diagnostic étiologique des tumeurs parotidiennes est souvent délicat comme nous l'avons vu, et si seul l'examen histologique peut faire le diagnostic avec certitude, ceci n'a en fait aucune importance, car toutes ces affections relèvent en fait d'un seul et même traitement :

la parotidectomie totale avec conservation du facial .

- Après l'étude de ces 121 cas opérés tous par M. Dargent, nous pouvons maintenant donner à cette intervention la place qu'elle mérite et de la préconiser de plus en plus comme l'intervention de choix pour toute tumeur salivaire dont la malignité, sur le plan clinique n'est encore pas évidente.

Elle doit être faite systématiquement de principe dans tous les cas sauf bien entendu, lorsque les caractères de malignité et d'envahissement sont tels (paralysie faciale) qu'ils justifient une parotidectomie totale avec sacrifice du facial

- Mais si on veut éviter l'écueil d'une parotidectomie totale pour un kyste ou pour une adénopathie tuberculeuse, il vaut mieux suivre les règles préconisées par M. Dargent.

1) Aborder la région par une incision de parotidectomie

2) Lier la carotide externe

3) Chercher le tronc du facial et exposer ses premières branches jusqu'à ce qu'on accède à la tumeur.

4) Sous le contrôle de la vue, ponctionner , ou inciser la lésion et si nécessaire demander un examen histologique extemporané.

Alors intervention limitée s'il s'agit d'une tumeur vraiment bénigne, voire même abandon s'il s'agit d'une lésion inflammatoire, car dans ces cas la dissection du facial est souvent très laborieuse, risquée et en fait inutile.

- Ainsi donc parotidectomie totale avec sacrifice du facial ou une de ses branches pour les tumeurs très envahissantes.

Parotidectomie totale avec conservation du VII pour toutes les autres, sont les 2 seuls traitements logiques et satisfaisants pour les tumeurs de la parotide.

Quant à l'énucléation elle ne trouve plus sa place dans ce traitement, et ne devrait être qu'une technique historique connue seulement pour ses méfaits.

La parotidectomie totale avec conservation du VII faite correctement, donne une résultat fonctionnel excellent ; le plus souvent la récupération est intégrale, rarement il persiste de minimes séquelles l'utilisation de la myoplastie du sterno-cléido-mastoïdien ayant considérablement réduit le risque d'éphydrose.

Enfin du point de vue carcinologique le résultat est aussi excellent surtout dans les tumeurs de première main traitées d'emblée par cette méthode, les tumeurs mixtes ne récidivent jamais, et les tumeurs malignes exceptionnellement.

Les tumeurs de deuxième main récidivées après énucléation doivent bénéficier aussi largement de la méthode et si les récidives sont plus fréquentes que dans les tumeurs de première main elles restent cependant rares.

Vu, le Doyen
H. HERMANN

Vu, le Président de la Thèse
M. DARGENT

Vu et permis d' imprimer
Lyon, le 10 juillet 1961
Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université

P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

1- ANDRE - Traitement d'un énorme kyste de la parotide par marsupialisation dissimulée et cautérisation à la lessive de soude
Ann. oto-laryng 67/11-12 (828-831) 1950.

2- ARIEL (I.M.) JEROME (A.P.) et PACK (G.T.) - Treatment of tumors of the parotid salivary gland
Surgery 35/1 (124-158) 1954.

3- BAILEY (H) - The technique of parotidectomy
The journal of international college of Surgeons
12/2 (103-110) 1949.

4- BARRIER (A) - A propos du traitement des tumeurs mixtes de la parotide par parotidectomie totale avec conservation du facial.
Mem. Acad. chir. Paris 75/17-18 (472-475) 1949.

5- BISGARD (J.D.) et KIMBALL (K) - Bilateral sialoangiectasis of parotid glands
Arch. Surg. 71/3 (337-341) 1955.

6- BROWN (J.B.) Mc DOWELL (f) et FRYER (M.P.) - Direct operative removal of benign mixed tumors of anlage (= embryonnaire) origin in the parotid region.
Surg. gyn. obst. 90/3 (257-268) 1950.

7- BROWN (R.B.) GAILLARD (R.A.) et TURNER (J.A.) - the significance of abberrant or leterotopic parotid gland tissue in lymph. nodes.
Ann. Surg. 138/6 (850-856) 1953 et
An. cirug. (B. Aires) 29/6 (page) 1953.

8- BUXTON (R. ..) MAXWELL (J.H.) et COOPER (D.R.) - Tumors of the parotid gland
Laryngoscope 59/6 (565-594) 1949.

9- BUXTON (R.T.) MAXWELL (J.H.) et FRENCH (A) - Surgical treatment of epithelial tumors of the parotid gland.
Surg. gyn. obst. 97/4 (401-416) 1953.

10- BYARS (L.T.) - Preservation of the facial nerve in operations for benign conditions of the parotid area.
Ann. Surg. 136/3 1952 et
An. Cirug. (B.Aires) 19/3 (412-421) 1952.

11- BYARS (L.T.) - Preservation of the facial nerve in operations for benign conditions of the parotid area.
Trans. Ann. Surg. Ass. 70 (116-125) 1953.

12- CHALNOT et DELESTRE - A propos de 20 cas de tumeurs dites "mixtes" de la glande parotide
Lyon chir. 44/6 (726-729) 1949.

13- CLARKE (T.H.) - Parotid gland tumors
Surg. clin. N. Amer.
Chicago n° (175-193) 1952.

14- CONLEY (J.J. - Facial nerve grafting in treatment of parotid gland tumors.
Arch. Surg. 70/3 (359-366) 1955.

15- CORDRAY (D.P.) - Mixed tumors of the region of the lead
Arch. of oto-laryngolog. 49/6 (631-636) 1949.

16- COTTON (C) - A propos de deux observations de syndrome du "nerf auriculo-temporal".
Mem. Acad. chir. Paris 81/12-13 (344-348) 1955.

17- COUTINHO - Tumeurs des glandes salivaires.
Rev. Brasileira. Cancer 2/4 (5-20) 1949.

18- DARGENT (M) - A propos des tumeurs mixtes de la parotide
Bull. Cancer 36/3 (36-39) 1949.

19- DARGENT (M) - Tumeur mixte de la parotide à évolution cylindromateuse coexistant avec un kyste dermoïde de la région mastoïdienne hémolatérale.
Bull. Cancer 37/3 (193-197) 1950

20- DARGENT (M) - Le pronostic des tumeurs salivaires malignes.
Lyon chir. 46/5 (545-562) 1951

21- DARGENT (M) - Définition et principes du traitement des tumeurs primitives malignes des glandes salivaires.
Acta 8/2 (359-371) 1952.

22- DEY (D.L.) - A variant of the auriculo-temporal syndrome.
Aust. N.Z.J.Surg. 22/4 (310-311) 1953.

23- DUCLOS (J) PARRET (J) et DUMAS (P) - La sialographie
Lyon chir. 47/6 (689-708) 1952.

24- DUFOURMENTEL (G) - Un cas de tumeur épithélio-lymphoïde de la parotide avec disposition atypique du nerf facial.
Mem. Acad. chir. Paris 77/20/21 (606-611) 1951

25- DUMAS (P) - Affections tumorales de la parotide.
Rev. Stomatol. Paris 51/10 (661-665) 1950.

26- du PLESSIS (D.J.) - Mixed salivary tumours
S. Afr. J. clin. Sci. 3/4 (187-204) 1952.

27- du PLESSIS (D.J.) - Mixed salivary tumours. Their nature
S. Afr. J. clin. Sci. 3/4 (173-186) 1953

28- DURAND (P) et GALLUZI (T) - I tumori della parotida nel bambino
Minerva pediat. 5/13 (508-517) 1953.

29- ED VALL (C.A.) - Mucous and salivary gland tumours ; a presentation of 330 cases treated radio-surgically.
Acta. chir. Scand. 107/4 (313-320) 1954.

30- FOOTE (Jr. F.W.) et FRAZELL (E.L.) - Tumors of the major salivary glands.
Cancer 6/6 (1065-1131) 1953.

31- FRANCIOLI (P) - Les traitements des tumeurs mixtes de la parotide
Rev. Med. Suis. Rom. 71/5 (300-308) 1951.

32- FREY (L) - Le syndrome du nerf auriculo-temporal.
Rev. neur. Par. 2/2 (97-104) 1923.

33- GOD IN (J.T.) - Bénign lymphoepithelial lesion of the parotid gland
Cancer (N.Y.) 5/6 (1089-1103) 1952.

34- GRIGORIAN (A.V.) - Therapie combinée et résultats à distance du traitemen t des tumeurs mixtes des glandes salivaires.
Med. Soviet. 4/34-36 avril 1955.

35- HEN DRICK (J.W.) WARD (G.E) et LACY (M.M.) - Salivary tissue neoplasmes.
Am. J. Surg. 81/4 (373-386) 1951.

36- HERSH (J.H.) - Primary tuberculosis of the parotid, treated wi th streptomycin.
New-York St. J. med. 49/22 (2703) 1949.

37- HJORT (E.F.) - Operativ behandling av parotissvulster
Tidsskr. norske - Laegeforen 72/3 (71-72) 1952.

38- HOLMBERG (R.E.) et GLOVER (D.M.) - Papillary cystadenoma lymphomato sum of the parotid gland.
Surgery 29/2 (240-248) 1951.

39- HOWARD (J.M.) RAWSON (A.J.) KOOP (C.E.) HORM (R.C.) ROYSTER (H.P.) - Parotid tumours in children.
Surg. gyn. obst. 90/3 (307-319) 1950.

40- HUGH (G.S.F.) - Mixed all tumors of the parotid gland
Va. med. men. 81/9 (413-418) 1954.

41- HUNTER (R) - The conservative surgical treatment of mixed tumours of the parotid.
Brill. J. Surg. 41/168 (435-436) 1954.

42- JEROME (A.P.) - Management of tumors of the parotid gland
An. Surg. 140/2 (164-169) 1954.

43- JOHNSON (J.K.) et CHILDERS (J.H.) - Tumors of salivary glands.
Tex. Ref. biol. med. 12/4 (979-1005) 1954.

44- KARABIN (J.E.) - Cavernous lemangioma of the parotid gland
Surgery 30/2 (367-370) 1951.

45- KIDD (H.A.) - The parotid gland.
British med. J. 29 avril 1950 p. 989-991.
Med. Pr. 230/22 (528-533) 1953.

46- KIRKLIN (J.W.) Mc. DONALD (J.R.) HARRINGTON (S.W.) NEW (G.B) Parotid tumors (histo-pathology, clinical behavior and end resultes.
Surg. gyn. obst. 92/6 (721-733) 1951.

47- KLOPP (C.T.) et WINSHIP (T) - Treatment of mixed tumors of the parotid gland by subtotal parotidectomy.
Arch. Surg. 61/3 (477-486) 1950.

48- LATHROP (F.D.) - Technic of exposing the facial nerve as an aid to surgery of the parotid gland.
The surgical clinics of north america
29/ Latey clinic. nr. (673-677) 1949.

49- LATHROP (F.D.) - Parotid tumours and facial paralysis
Latey clinic. Bull. 8/7 (202-207) 1954.

50- LE VINE (R.E.) - Total parotidectomy for recurrent mixed tumours of the parotid gland.
Canad. med. ass. J. 71/2 (132-135) 1951.

51- LONGO (O.F.) - Tumores mixtos de la glandula parotida.
Acad. Argent. Cir. 33/22 (684-695) 1949.

52- LONGO (0) - Conducta quirurgica para los tumores mixtos de la paratida.
Cirug y cirujanos, Mex. 18/8 (386-401) 1950.

53- LYALL et GOLOMB (F.M.) - Carcinoma of sten.on 's duct.
An. Surg. 139/3 (364-367) 1954.

54- Mc. CUNE (W.S.) - Total parotidectomy in tumors of the parotid gland. Arch. Surg. 62/5 (715-723) 1951.

55- Mc. NEALY (R.W.) - Parotid gland tumors.
20e congrès de l'international college of surgeons
Genève 23-26 mai 1955.
In excerpta medica section IX Surgery 9/5 (458) 1955.

56- Mc. NEALY (R.W.) et Mc. GALLISTER (J.W.) - parotid gland tumors and their surgical management.
J. int. coll. Surg. 13/5 (523-529) 1950.

57- MARSHALL (S.F.) et FORSE (R.A.) - Mixed tumors of the salivary glands.
Surg. clin. N. Am. 1953, Latey clin. Nr. 1953 (655-669).

58- MARTIN (H) - The operative removal of tumors of the parotid salivary gland.
Surgery 31/5 (670-682) 1952.

59- MARTIN (H) - HELSFER (J.T.) - Spontaneous return of function following surgical section or excision fo the seventh cranial nerve in the surgery of parotid tumors.
Annals of Surgery - Vol. 146 - V (715-727) - 1957.

60- MAXWELL (J.H.) BUXTON (R.W.) et FRENCH (A.J.) - the surgical treatment of parotid gland tumors
Trans. am. Acad. ophtal. oto-laryng
57, - (711-723) 1953.

61- MILLES (G) - Tumors of the parotid
Illinois. med. J. 102/3 (182-190) 1952.

62- MOHS (F.E.) - Chemosurgical treatment of tumors of the parotid gland. A microscopically controlled method of excision.
Annals of surgery 129/3 (381-393) 1949.

63- MOSER (F) - Le traitement chirurgical des tumeurs de la parotide
Zeitshc. fur. Laryng. et rhinol. otol.
33/4 (195-206) 1954.

64- MOYSE (P) - 73 cas de tumeurs parotidiennes opérées.
Mem. Acad. chir. Paris 75/15 (371-380) 1949.

65- MOYSE (P) - A propos de 72 cas de tumeurs parotidiennes traitées par la chirurgie.
Bull. ass. F. étude cancer.

66- MYLIUS (E.A.) - Spyttkjertels - vulster
(salivary gland tumoures)
Nord. med. 49/28 (962-964) 1953.

67- NAGY (D.A.) - A Stenon vezetek sebezi anatomiaja (anatomie chirurgicale du canal de Stenon)
Orvosi Hetilaps, Budapest 90/11 (336-339) 1949.

68- O'KEEJE (J.J.) - Neurmoma of the facial nerve in the parotid gland
The annals of otology, rhinology and laryngology.
58/1 (220-225) 1949.

69- PALUMBO (P) - Considerazioni sal trattamento. Radio-chirurgico dei tumori della parotide.
Policlinico. Sez. Prat. 61/20 (550-560) 1954.

70-PAPAYANNOPOULOS (G.J.) CAWYER (K.C.) et LUBCHENCO (A.E.) - Tumors of the Parotid-gland.
J. Int. Coll. Surg. 21/5 (545-558) 1954.

71- PERRUCHIO (P) - Parotidectomie totale avec conservation du facial pour tumeur mixte.
Bordeaux - Chir. 2 (64-66) 1950.

72- PERZIK (S.L.) - A clinicopathologic correlation of parotid tumors with therapeutic applications.
J. int. coll. Surg. 18/4 (479-483) 1952.

73- PERZIK (S.L.) - Facial nerve paresis in parotid surgery.
Surgery 36/4 (751-761) 1954.

74- POLLACK (R.S.) - Surgical significance of the marginal mandibular branch of the facial nerve.
Arch. Surg. 68/1 (81-86) 1954.

75- PRICOLO (V), PIETRO (S.di) CATANIA (C.V.) - Les tumeurs de la parotide et leur traitement.
Tumori 40/4 (333-363) 1954.

76- RAWSON (A.J.) et HORN (R.C.) - Sebaceons glands and sebaceons gland untaining tumors of the parotid salivary gland
Surgery 27/1 (93-101) 1950.

77- RAWSON (A.J.), HOWARD (J.M.), ROYSTER (H.P.) et HORN (R.C.)
Tumors of the salivary glands
Cancer 3 - 445 - 1950

78- REDON (H) - Technique de la Parotidectomie avec conservation du VII
JC. 61/ - 1-2 (14-20) 1945.

79- REDON (H) - Les tumeurs de la parotide.
Bull. Ass. F. étude cancer
36/1 (32-35) 1949.

80- REDON (H) - Discussion on the surgical treatment of parotid tumours.
Proc. Roy. soc. med. 46/12 (1013 - 1020) 1953.

81- REDON (H) - A propos du syndrome dit de l'auriculo-temporal
Mem. Acad. chir. Paris
81/14-15 (387) 1955.

82- REDON (H), LABORDE (S), CHAUVIN et JOLY - Essais de traitement combiné des tumeurs cervicales inopérables.
Mem. Acad. Chir. Paris 77/22-23-24 (780-785) 1951.

83- RIESSNER (D) - Surgical Procedure in tumors of parotid gland. Préservation of facial nerve andpreservation of postoperative fistulas.
Arch. Surg. 65/6 (831-848) 1952.

84- ROSENAUER (F) et LEIDINGER (H) - Zur Radikaloperation der parotismiochtumoren.
Arch. klm. Chir. 278/2 (107-114) 1954.

85- ROSS (D.E.) - Parotid tumors.
The West. J. Surg. obst. gyn. 62/9 (462-471) 1954

86- ROUX-BERGER (J.L.) et MOYES (P) - Les parotidectomies totales élargies.
Mem. Acad. chirur. Paris 75/9-10 (279-284) 1949

87- RYAN (R.F.) WOOLNER L.B.) et BEAHRS (O.H.) - Expoliative cytology in the préoperative diagnosis of parotid tumors
Am. J. clin. path. 24/6 (682-683) 1954.

88- SANTY (P) et DARGENT (M) - Résultats et indications du traitement des tumeurs dites mixtes de la parotide.
Lyon Chir. 39/2 (152-162) 1944.

89- SANTY (P) et DARGENT (M) - Récidive précoce d'une "tumeur mixte" de la parotide dans la cicatrice de parotidectomie totale.
Mem. Ac. chir. 72/13 (225-229) 1946.

90- SANTY (P) DARGENT (M) et CHARTON (R) - Evolution intra masseterine d'une récidive de tumeur mixte de la parotide.
Lyon chir. 39/4 (491-492) 1944.

91- SHUCKSMITH (H.S.), BOYLE (T.Mc. M.) et WALLS (W.K.J.) The Surgery of parotid tumours. Exposure of main Trunk of facial nerve.
Brit. med. J. 4735 (830-831) 1951.

92- SCHULENBURG (C.A.R.) - Salivary gland. Tumours.
South African. Med. J. 28/43 (910-914) 1954.

93- SIRSAT (M.V.) - Salivary gland. Tumours.
Indian. J. Surg. 45/2 (65-72) 1953.

94- SLAUGHTER (O.P.), SOTHWICK (H.W.) et WALTER (L) - The fate of recurnent or persistent parotid tumors.
Surg. gyn. obst. 96/5 (535-540) 1953.

95- SMITH (M.J.) et STENSTROM (K.W.) - Parotid tumors. A review of 93 cases.
Radiology 52/5 (655-661) 1949 (Syracuse).

96- SNITMAN (M.F.) THURSTON (E) et ROMANSKI (A) - Mucoepidermoïd tumor of the parotid gland in a 6 year old child.
Surgery 36/5 (966-970) 1954.

97- STATE (D) - Superficial lobectomy and total parotidectomy with preservation of the facial nerve in the treatment of parotid tumours.
Surg. Gyn. obst. 89/2 (237-241) 1949.

98- TABAH (E.J.) - The surgical management of parotid tumours
Canad. med. Ass. J. 71/5 (456-464) 1954.

99- TAKIZAWA (H) - Contribution à l'étude de la sialographie.
Thèse Lyon 1950.

100- THORNTON (J.L.), HENNIGAR (G.R.) et KAY (S) - Tumours of the salivary glands.
VA. med. mon. 81/7 (326-331) 1954

101- TRUEBLOOD (D.V.) - Additional experiences with parotid gland tumors.
West J. Surg. obst. and gyn. 57/10 (463-468) 1949.

102- WAVRO (N.W.) et FAIRWEATHER (W) - Mikuliezts disease of parotid glands.
Surgery 28/4 (767-770) 1950.

103- WAVRO (N.W.) et Mc. ADAMS (G) - Cylindromata of major and minor salivary gland origin.
Arch. Surg. 68/2 (252-261) 1954.

104- WEILLE (F.L.) - The aural approach to the parotid gland.
Ann. otol. St-Louis 61/1 (90-95) 1952.

105- WOOLNER (L.B.) PETTET (J.R.) et KIRLIN (J.W.) - Mucoepidermoïd tumors of major Salivary glands.
Amer. J. Clin. Path. 24/12 (1350-1362) 1954.

106- BUHLER (F) KRAUS (E) et KLEIM (K) - Parotismischtumor mit metastasen im Oberschenkelhals und in der lendenwirbelsäule (tumeur mixte de la parotide avec métastase de la diaphyse fémorale et de la colonne lombaire).
Arztliche Wochenschrift 4/27-28 (433) 1949.

107- CAMINITI (S) - Contributo allo studio dei tumori rari di origine salivare (1/ adénolymfoma parotideo ; 2/ epitelioma salivare in linfoganglio della loggia parotidea).
Chirurgia 6/4 (379-386) 1951.

108- JORGENSEN (M.B.) - Malignant melanoma of the parotid gland.
Am. J. Surg. 87/2 (275-277) 1954.

109- MAHADEVAN (R) - A rare case of parotid salivary cysto due to rhinosporidiosis.
Indian J. Surg. 14/3 (271-274) 1952.

110- PAYNE (R.T.) - A case of lipoma of the parotid gland.
Brit. med. J. 4789 (865-866) 1952.

111- WHEELOCK (M.C.) et MADDEN (T.J.) - An common tumor of the salivary glan .
Surg. gyn. obst. 88/6 (776-782) 1949.

112- PINET J. - Tumeur mixte de la parotide
Concours médical n° 27 (3201-3201) 4 juillet 1959.

113- DILLANGE P. - Con tribution à l'étude anatomopathologique des tumeurs dites mixtes des glandes salivaires.
Thèse Paris 1933.

114- GODARD P. et FERRAND J. - Le problème chirurgical des tumeurs de la parotide.
Journal Afr. Franc. chir. vol. 15 n°4 (359-361) 1957.

115- DELARUE J. et PAYEN J. - Lymphomes papillaires intraparotidiens
Journal sympesium anatomie pathologique.
(247-273) 1955 Paris.

116- POSTOLOFF A.V. et KAISER (F.F.) - Rhadbomyosarcome of the Parotid gland. Exposé d'un cas.
Vol. 9, n°6 (1116-1119) 1956.
D.P.T. of pathol. Millard Fillmore Hosp. Buffalo N.Y.

117- BOURGUET J., LE SLUDER, LE BRANCHU - Des tumeurs des glandes salivaires dites tumeurs mixtes.
Journal Ouest med. vol. 10 - n°4 (147-152) 1957 Rennes.

118 - RYAN M.J. - Radiological manifestations of ectopic Salivary adenomas showing the cylindroma Pattern.
Proc. ray. soc. med. vol. 50 n°2 (96-100)
Manchester Royal Infirmary 1957.

119- BERGERON L. et MARCHANT G. - Une observation de tumeur épidermoïde muée, sécrétante de la parotide.
Journal : gaz. med. Picardie 265 (25-36) 1957.